4e Année. No 8. 1er Aout 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, In-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8° 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir.................. fr. 3 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaires, lingual et pharyngien.* In-8, 5 pages. 0 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages.................. fr. 1 25

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille.* In-8° 24 pages.. 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir.. fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte.................................. fr. 3 50

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8°, 17 pages.. fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages.................................. fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages.. fr. 1 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx.* In-8° 20 pages. 1 25

4e Année. N° 8. 1er Aout 1883.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphilis. — Nécrose des os du nez. — Expulsion de la partie centrale du sphénoïde.

Parmi les affections qui se portent dans les fosses nasales, la syphilis est, sans contredit une de celles qui y font le plus de ravages. En effet, la plupart du temps, les lésions ulcéreuses ou gommeuses qui attaquent ces organes se présentent avec un tel caractère d'indolence que le malade ne découvre son affection que par hasard ; c'est ainsi que nous soingons actuellement un individu qui vînt nous consulter pour une cuisson légère qu'il éprouvait dans la gorge lorsqu'il buvait du vin ou de l'alcool. L'examen du pharynx nous fait découvrir une vaste gomme en nappe occupant toute la moitié droite de cet organe. Dans le nez, nous aperçumes une destruction complète de la paroi cartilagineuse, lésion ignorée par le malade qui avait seulement remarqué la facilité avec laquelle il pouvait introduire son index dans la partie antérieure de ses fosses nasales.

Les troubles de l'odorat peu sensibles au début n'attirent pas l'attention du malade; l'odorat diminue peu à peu au fur et à mesure qu'est détruite la muqueuse olfactive, de sorte que cette odeur fétide à laquelle on a donné le nom d'ozène peut apparaître sans que celui qui la répand s'en aperçoive. Il est plutôt frappé des mucosités abondantes qu'il mouche et qu'il attribue à un rhume de cerveau.

L'affection marche alors progressivement et arrive à détruire les cornets, la cloison ainsi que les os propres du nez

Quand les lésions ont attaqué ceux-ci, le nez ne tarde pas à s'affaisser, et si l'affection n'est pas arrêtée dans sa marche envahissantes, une partie des os de la face et du crâne se recroisent. C'est ainsi que M. le professeur Fournier en a observé plusieurs cas dans le service de M. Ricord et que M. Delpech a cité l'histoire d'un malade qui eut une destruction des cornets, des os propres du nez, du rebord, alvéolaire, du maxillaire supérieur droit de la voûte palatine, de l'os malaire et l'unguis droit, de l'ethmoïde, de la région moyenne du coronal, du corps du sphenoïde et de l'angle basilaire de l'occipital.

Cependant, dès que l'affection a atteint un certain degré d'étendue, une série de phénomènes plus ou moins douloureux se montrent accompagnés de reflux nasal des solides et des liquides, de phonation nasonnée, d'ozène, de perte de l'odorat, du goût, et même de l'ouïe, lorsque les orifices des trompes d'Eustache sont envahis par le processus pathologique.

Les phénomènes généraux apparaissent alors : amaigrissement, anémie, intoxication par ingestion des mucosités purulentes qui s'écoulent de toutes les parties cariées; inappétence et cachexie qui conduisent le malade à la mort. D'autres fois il est enlevé par une pneumonie intercurrente, comme dans le cas suivant :

M. Laurent Ch..., âgé de trente-six ans, se présente à notre dispensaire le 26 avril 1883.

Le malade nous raconte avoir eu, vers 1868, un chancre induré suivi de plaques muqueuses, d'érythème, de papules, etc., de nature syphilitique.

Vers 1872, il est pris de douleurs siégeant dans les fosses nasales. A partir de cette époque, il ne cesse de moucher des mucosités purulentes, répandant une odeur de punaisie très marquée. Parfois ces sécrétions abondantes renfermaient de petits fragments osseux.

Dans le courant de l'année 1874, Ch... vint consulter M. le Dr Jardin pour une céphalée opiniâtre qui l'empêchait de dormir. Notre confrère lui prescrivit de l'iodure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour. Lorsque le malade prenait ce médicament, la sécrétion nasale augmentait, mais la céphalée diminuait considérablement. Alors il suspendait de lui-même son traitement pour le reprendre après un temps plus ou moins éloigné, suivant que son mal de tête était plus ou moins intense. Un jour, c'était au commencement de 1875, il apporta à M. Jardin un fragment d'os assez considérable qu'il avait rendu en se mouchant : c'était un des cornets; depuis ce moment, il remarqua, de temps en temps, dans les mucosités nasales, des parties osseuses assez volumineuses pour lui permettre d'en reconnaître la nature.

Depuis cette époque, M. Jardin n'avait plus revu son malade, lorsqu'il y a huit jours, celui-ci vint le trouver à sa consultation pour un point de côté qu'il ressentait dans le côté gauche. Notre confrère reconnut une pneumonie pour laquelle il lui conseilla de garder la chambre, mais Ch... n'en continua pas moins ses occupations habituelles. Quelques jours après, il venait nous trouver pour le débarrasser de la mauvaise odeur que répandait son nez. Ch... paraît très affaibli; sa respiration est courte, haletante; son oppression remonte à quelques mois déjà, nous dit-il. Nous voulons l'ausculter, mais le malade nous répond que M. Jardin lui a donné un traitement pour son affection de poitrine.

Actuellement, le malade ne présente aucun accident syphilitique du côté de la peau ou des muqueuses, si ce n'est du côté du nez.

Sa forme extérieure est peu modifiée; il est cependant légèrement aplati au niveau de l'extrémité antérieure des os propres, mais cette déformation est peu prononcée si on la compare aux lésions intérieures de cet organe.

En effet, à l'examen rhinoscopique, nous constatons

la destruction complète des cornets inférieurs et moyens; les fosses nasales forment une seule cavité assez vaste dont les parois sont recouvertes de mucosités noirâtres. Vers leur milieu, on aperçoit une masse solide assez mobile dont il est difficile de reconnaître la nature, car elle est entourée de mucosités épaisses.

La luette n'existe plus; sur la ligne médiane de la voûte palatine, à l'union de ses portions osseuse et membraneuse, est une perforation triangulaire qui laisserait passer l'extrémité du petit doigt.

Le pharynx nasal est aussi tapissé de mucosités qui empêchent de distinguer ses diverses parties. Inutile de dire que le malade ne respire plus par le nez et que l'olfaction a disparu depuis longtemps.

Nous conseillons au malade de faire usage d'injections nasales au sulfate de soude afin de nettoyer ces cavités.

Dès la première injection, le malade sent qu'une masse se déplace dans ses fosses nasales, et bientôt il rend par la bouche un fragment d'os que l'injection a chassé.

Cet os nécrosé, d'odeur nauséabonde, offre les dimensions suivantes : longueur, 20^{mm}, largeur 15^{mm}, hauteur (à sa partie médiane) 10^{mm}. Ses faces supérieure et inférieure viennent se rejoindre à angle aigu, tandis que sa face antérieure monte nettement le cul-de-sac des sinus sphénoïdaux séparés par la crête sphénoïdale; à sa partie inférieure sont les restes du rostrum, de chaque côté duquel s'insérait le vomer. Cet os n'est autre que la partie centrale du sphénoïde. L'on sait que celui-ci a des rapports importants : les nerfs olfatifs, les nerfs optiques, l'artère ophthalmique, la carotide interne, le sinus caverneux, les trois, quatre et cinq paires crâniennes, le nerf et la veine ophthalmiques, le vomer et l'ethmoïde, sont en rapport respectivement avec ses faces supérieure, latérale, inférieure et antérieure. A part la nécrose de ces deux os, les autres organes voisins paraissent sains, si l'on en juge par les troubles apparents. Il est vrai que le malade est privé de l'olfaction, mais l'absence de ce sens est facilement explicable par l'état de la muqueuse olfactive.

Quelques jours après s'être présenté à notre dispen-

saire, M. Jardin nous apprend que Ch... a succombé à sa pneumonie, lentement asphyxié, sans avoir présenté de phénomènes cérébraux; quelques minutes avant sa mort, il causait avec les membres de sa famille.

Depuis le jour où le sphénoïde nécrosé était sorti des fosses nasales, l'écoulement purulent s'était tari; cependant, du pus concret sortait de temps en temps par la bouche venant, nous dit son médecin, de la partie supérieure du voile du palais.

Nous ne saurions déterminer l'époque à laquelle remontait la nécrose du sphénoïde. Ce qui nous a frappé dans cette observation, c'est l'absence de symptômes cérébraux, si ce n'est toutefois la céphalée opiniâtre et celle des troubles de l'œil; malgré le voisinage de vaisseaux sanguins importants, le malade n'a pas eu d'hémorrhagie.

L'autopsie de Ch... n'a pu être faite.

J. Baratoux.

Du pronostic et du traitement de la tuberculose laryngée.

par le Dr E. J. Moure.

La tuberculose laryngée est certainement l'affection qu'ils nous est donnée d'observer le plus communément et sous ses formes les plus variées. Pour bien des praticiens, car il faut le dire, le fait n'est que trop souvent vrai, qui dit tuberculose laryngée, dit affection mortelle, contre laquelle il est inutile de lutter. Découragé dès le début, le médecin combat sans énergie et l'on peut dire sans confiance, convaincu à l'avance que toute médication dirigée contre cette terrible maladie échouera fatalement. « Le manque de foi, comme l'écrivait récemment le professeur Jaccoud (1) engendre l'inertie » et bientôt l'on arrive à délaisser le malade oubliant que si l'on ne peut guérir l'on peut du moins toujours soulager. Un

(1) *De la curabilité de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1881.

pronostic aussi sombre doit-il être conservé, telle est la question que je me propose d'examiner ici.

De tout temps la question de la curabilité de la phthisie laryngée a soulevé des opinions contradictoires, et déjà en 1837, Trousseau et Belloc (1) signalaient des exemples de guérison de cette maladie, mais nous savons quelle signification avait alors l'expression phthisie laryngée (2) aussi ne pouvons-nous guère juger de la valeur véritable de l'assertion émise par ces auteurs pourtant bien consciencieux.

Nous ne signalerons également que pour mémoire les cas de guérison cités par Turck et même ceux de Tobold (3) qui publia deux observations : « Je connais pour ma part, écrivait-il, des cas dans lesquels j'ai observé non-seulement un arrêt temporaire de la maladie mais une guérison complète. Deux de ces malades qui habitaient Berlin vinrent me consulter ayant toutes les apparences de la tuberculose laryngée et pulmonaire. Dans deux cas, cependant, je pus constater après quelque temps, par l'auscultation et l'examen laryngoscopique, la guérison de cette affection. »

Depuis cette époque, les observations se sont multipliées et durant ces dernières années surtout, bien des auteurs ont apporté le fruit de leur expérience dans le but de détruire l'opinion trop universellement adoptée de l'incurabilité absolue de toute lésion tuberculeuse soit des poumons, soit du larynx. Nous nous bornerons à signaler parmi les auteurs les plus connus, Stœrck, Schrotter, Rossbach, Gerhardt, Fränkel, Schnitzler, Maurice Schmidt, Prosser James, Bosworth, Porter, Fletcher Ingals, etc. etc., tous praticiens distingués qui affirment la curabilité de la phthisie laryngée et qui ont même fourni des preuves à l'appui de ce qu'ils ont avancé. D'un autre côté, des auteurs non moins compétents et aussi dignes de foi, tels : Mandl, Isambert, Krishaler et Peter, Masseï,

(1) *Mémoire sur la phthisie laryngée*, Paris, 1837.

(2) Sous la dénomination de phthisie laryngée, on comprenait à cette époque toute affection ulcéreuse susceptible de déterminer l'émaciation du malade.

(3) Cité par E. J. Bœckel, *Dictionnaire de méd. et chirurg. prat.*, p. 261 *Art. Larynx.*

se rangent à l'avis opposé et affirment que, quoiqu'on fasse, l'affection est toujours mortelle. Cependant la plupart d'entre eux admettent la possibilité d'améliorer notablement et même de guérir l'ulcère tuberculeux (Rhüle) qui cicatrisé dans un point va fatalement se déclarer dans un autre (Krishaler), et qui finalement emportera le malade.

N'est-ce pas déjà un premier pas fait vers la croyance, à peu près générale aujourd'hui, de la possibilité de guérir la tuberculose laryngée.

Je dois avouer que, pour ma part, je crois non-seulement à la guérison *temporaire* de l'ulcère et même de la laryngite tuberculeuse, mais même à sa guérison définitive.

Il est bien évident qu'il ne faudrait pas vouloir généraliser cette proposition et croire que, dans tous les cas, cette terrible affection est susceptible de rétrograder d'une manière absolue. Ce serait évidemment dépasser ma pensée, car il existe malheureusement des formes de tuberculose laryngée qui sont au-dessus des ressources de l'art et dans lesquelles nous devrons nous borner à soulager le malade. Dans d'autres cas les parties atteintes ne reviendront jamais à l'état normal et le malade guérira soit avec un moignon d'épiglotte, soit avec une ankylose d'un aryténoïde ou d'autres lésions, mais en sera-t-il moins hors de danger pour cela ?

Je ne veux pas dire non plus qu'un malade guéri d'une affection tuberculeuse du larynx sera à l'abri de toute poussée de même nature du côté de cet organe, car telle n'est pas évidemment ma manière de voir, mais si l'affection a été susceptible de guérir une première fois, elle pourra encore être curable à la seconde poussée ainsi qu'à toutes celles qui pourront survenir dans la suite. C'est ainsi qu'un malade de ce genre sera susceptible de parcourir une carrière assez longue et de mourir à un âge déjà avancé. Peut-être sera-t-il emporté alors par son affection tuberculeuse, mais que lui importera, s'il a vécu aussi longtemps que l'on peut vivre ; ne faut-il pas toujours arriver à mourir ?

Un rhumatisant guéri d'une poussée est-il à l'abri de toute nouvelle invasion du mal ? Ne reste-t-il pas, sa vie

durant, sous l'influence de cette diathèse qui, par une lésion cardiaque ou cérébrale, peut également occasionner sa mort?

A côté des malades qui restent en puissance d'une diathèse toujours prête à se manifester, je crois qu'il en existe d'autres, moins nombreux toutefois, chez lesquels, la première lésion étant guérie, on pourra, grâce à une hygiène sévère, éviter toute poussée ultérieure et parvenir à modifier le terrain sur lequel avait évolué l'affection primitive.

Je me bornerai à rapporter une seule observation qui me paraît assez probante pour mériter d'être signalée ici :

Mme E. Cr..., chapelière, âgée de quarante-huit ans, se présente le 13 janvier 1879 à la clinique du docteur Fauvel.

Elle est malade depuis trois ans, époque à laquelle elle a eu, dit-elle, un chaud et froid qui lui a causé une bronchite dont elle ne s'est point guérie; depuis, elle a continué de tousser.

Antécédents héréditaires. — Sa mère vit encore.

Père mort d'une affection pulmonaire dont elle n'a pu préciser la nature.

Deux sœurs mortes tuberculeuses, l'une à 35 ans, l'autre à 22 ans.

Une nièce morte de la même maladie à 27 ans.

La malade s'est aperçu depuis cinq ou six mois qu'elle avait maigri de 22 livres. Elle a perdu l'appétit et les forces. Pas de diarrhée, mais vomissements fréquents après des quintes de toux. Elle est ordinairement bien réglée. Sa voix a commencé à se voiler depuis environ deux ans et demi, et depuis cette époque il y a eu des alternatives de mieux et de mal.

Etat actuel. — Les symptômes précédents continuent leurs cours, la malade amaigrie ne parle plus qu'à voix basse. En l'examinant on trouve d'abord :

Le voile du palais est profondément décoloré ainsi que la muqueuse du vestibule laryngien.

La région aryténoïdienne seule tranche par sa rougeur uniforme sur le reste de l'organe.

La corde vocale inférieure gauche se meut difficilement.

Du côté droit, la corde vocale supérieure rouge et un peu œdématiée recouvre presque entièrement le ruban vocal de ce côté, mais on ne constate aucune ulcération.

La malade se plaint de douleurs du côté du larynx, peu exagérées par la pression, mais augmentées par les mouvements de déglutition.

Pas de ganglions, sous-maxillaires ou occipitaux, engorgés.

Poumons. — La percussion ne donne qu'une légère submatité sous la clavicule gauche et au niveau de la fosse sus-épineuse de ce même côté.

L'auscultation, au contraire, révèle des craquements à timbre humide sous la clavicule gauche.

La respiration est rude, et l'expiration prolongée du côté droit.

La malade est mise à l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude, le phosphate de chaux, et on lui ordonne aussi un vésicatoire à demeure au bras gauche.

Le 27 janvier. On constate un défaut de rapprochement des cordes vocales inférieures et de la rougeur surtout marquée au niveau de la corde vocale inférieure droite.

La malade dit aller beaucoup mieux, mais la voix a plutôt encore baissé de ton.

27 février. La malade présente sous la corde vocale inférieure droite une végétation polypiforme qui occupe sa partie postérieure ; cette tumeur a un aspect rougeâtre, elle déborde la corde vocale de ce côté et n'est autre chose qu'un gonflement de la muqueuse sous-glottique (œdème sous-glottique).

La corde vocale supérieure droite a un peu diminué de volume, mais les rubans vocaux présentent un aspect grisâtre.

26 mars. La malade, depuis le 27 février, s'était plainte à différentes reprises de sueurs nocturnes et de toux suivie d'expectoration qui rendaient son sommeil pénible ; on lui ordonna une potion opiacée et des pulvérisations bromo-morphinées pour calmer la douleur qu'elle éprouvait, pendant la dgélutition surtout. A ce moment, la douleur se transmettait nettement à l'oreille.

L'examen laryngoscopique montra l'existence de petites végétations grisâtres à l'extrémité postérieure de la corde vocale droite, de l'œdème de la région aryténoïdienne du côté opposé; la corde vocale gauche était rouge et ulcérée par places. L'œdème sous-glottique n'avait pas augmenté.

30 mars. La malade se plaint d'accès de suffocation revenant par intervalles. L'examen montre une rougeur généralisée de tout le vestibule de la glotte.

Toute la muqueuse est œdématiée, et la fente glottique mesure environ 1 millim. 1/2 en arrière à sa partie la plus large. (Voir pl. n° 1, fig. 8.)

La malade respire difficilement; elle a du cornage et un peu de tirage. La voix est chuchotée. En l'interrogeant, on apprend qu'elle s'est exposée depuis quelques jours aux vapeurs d'acide sulfureux, pour le nettoyage des chapeaux de paille. C'est la cause qui a déterminé cette inflammation aiguë surajoutée aux lésions préexistentes et déterminé ce gonflement de toute la muqueuse laryngée.

Le 3 avril. Les accès de suffocation allant en augmentant d'intensité, le cornage et le tirage ayant augmenté, l'ouverture de la glotte se rétrécissant de plus en plus, on se tient prêt à faire la trachéotomie qui est pratiquée dans la nuit du 4 au 5 avril. Depuis, la malade respire avec sa canule.

Les lésions pulmonaires ont fait un peu de progrès. Des deux côtés on entend des râles humides surtout marqués à gauche (1).

En 1880, je pratiquais l'examen laryngoscopique et constatais *l'absence absolue* de toute lésion de la muqueuse laryngée, les cordes vocales étaient blanches, mais un peu moins nacrées qu'elles ne le sont à l'état normal, surtout chez la femme, elles étaient également un peu relâchées et la région aryténoïdienne, sans être tuméfiée, semblait cependant moins ferme qu'à l'état physiologique.

La malade, qui avait notablement engraissé, parlait alors d'une voix claire, mais un peu molle et peu vibrante.

(1) Cette partie de l'observation a été déjà publiée dans mon travail inaugural (*De la syphilis et de la phthisie laryngée, au point de vue du diagnostic*, Paris, 1879), et j'ai même rapporté l'image du larynx dans les planches qui accompagnent mon travail (pl. I, fig. 7 et 8).

Du côté des poumons, on constatait encore une certaine rudesse du murmure respiratoire, mais on ne pouvait découvrir le moindre râle. La malade portait encore sa canule fermée, il est vrai, mais elle n'avait pas voulu la quitter, craignant d'éprouver une nouvelle gêne respiratoire et redoutant l'intervention chirurgicale.

Depuis cette époque, j'ai revu tous les ans la malade et j'ai même eu encore tout récemment de ses nouvelles. Elle a repris toutes ses occupations, a même été enrhumée, mais sa guérison ne s'est jamais démentie un seul instant et l'état du larynx est absolument normal, ainsi qu'il résulte de l'examen de cet organe, pratiqué dernièrement par mon confrère et ami, le docteur G. Coupard.

Je pourrais encore citer bien des exemples, plus récents cependant que celui que je viens de signaler, mais je me bornerai à renvoyer le lecteur au travail inaugural de mon chef de clinique, M. le docteur Ducau (1), qui a résumé dans son intéressant mémoire des faits nombreux de guérison de tuberculose laryngée dont la nature était indubitable.

La guérison de la phthisie laryngée étant admise, il nous reste à savoir de quelle manière s'opère cette guérison et quels sont les moyens thérapeutiques les plus aptes à favoriser ce mode de terminaison de la maladie.

Elle s'opère par le même processus curateur qui préside à la guérison de la tuberculose pulmonaire et dont les histologistes nous ont révélé le secret. «Les travaux des histologistes, écrit M. Jaccoud (2), en particulier ceux de mon excellent ami et éminent collègue Grancher, ont établi l'importance et la fréquence d'un processus curateur qui peut enrayer le développement du tubercule, gros ou petit, à un moment quelconque de son évolution, et le transformer en un produit inoffensif, désormais sans action sur l'organisme non plus que sur le tissu voisin. Ce processus consiste dans la transformation fibreuse du néoplasme; cette transformation n'est

(1) Des formes cliniques de la tuberculose laryngée. Pronostic et traitement, Paris, 1883, O. Doin, édit.

(2) *Loc. cit.* p. 74.

point exceptionnelle, elle n'est pas même absolument rare; permettez que je vous rappelle, à ce sujet, l'importante déclaration de Grancher : « Ce qui (en dehors des caractères anatomiques) différencie l'évolution du tubercule de celle du cancer, c'est la tendance *naturelle* du tubercule à devenir fibreux. » Il s'agit donc ici d'une transformation inhérente à la nature même de la lésion, et non point d'un travail fortuit et irrégulier. En fait, tout tubercule, quelle qu'en soit la forme, est soumis dès sa naissance à deux processus opposés : l'évolution caséeuse au centre, l'évolution fibreuse à la périphérie. De la prépondérance définitive de l'une ou de l'autre de ces transformations, dépend la destinée ultérieure de la néoplasie : elle s'étend et entraîne le tissu de l'organe dans sa destruction propre, si la caséification et le ramollissement l'emportent; elle demeure stationnaire et dépourvue de toute influence nocive sur le tissu qui la renferme, si l'évolution fibreuse est totale, c'est la guérison. »

Comme je le disais un peu plus haut, l'on ne peut évidemment pas espérer obtenir de véritables cures, dans tous les cas de tuberculose laryngée, car ce n'est guère que dans les formes lentes (chroniques) de l'affection, que l'on aura surtout des chances d'obtenir un succès, tantôt relatif et quelquefois complet; mais toujours on arrivera à soulager le malade et lui éviter ces douleurs intolérables qui accompagnent les dernières périodes de la maladie.

Pour ce qui concerne les moyens thérapeutiques, disons tout d'abord que, dans quelque cas, la maladie n'a aucune tendance à s'étendre, et que parfois même, et je suis sur ce point absolument de l'avis de mon éminent confrère le docteur Schrötter, la *tuberculose laryngée* ulcéreuse, guérit presque d'elle-même par de simples moyens hygiéniques.

Il faut cependant avouer que ces cas sont les plus exceptionnels et qu'avec un traitement approprié l'on pourra bien mieux arriver à un bon résultat. (1)

(1) Il ne faudrait pas, à l'exemple de quelques praticiens un peu trop sceptiques, être convaincus à l'avance et de parti pris, que toute affection qui guérit n'était pas de nature tuberculeuse; émettre une pareille assertion,

Je ne rappellerai pas ici tous les remèdes prétendus spécifiques et pronés comme infaillibles, ces agents thérapeutiques ayant généralement le tort de ne réussir que dans les mains de leurs promoteurs, je me bornerai à donner quelques indications générales que l'on pourra modifier suivant les besoins de la cause.

L'on devra tout d'abord songer à l'état général et dans ce but, on prescrira avec avantage, la médication habituelle (huile de foie de morue, arsenic, phosphate de chaux, glycérine même, etc., etc.; les frictions sèches d'abord, et alcoolisées ensuite, faites régulièrement et tous les jours, sur tout le corps rendent parfois de grands services par la stimulation qu'elles impriment à la circulation cutanée. On s'abstiendra avec soin de toute médication irritante, même substitutive (séjour au bord de la mer, sulfureux).

En même temps, on recommandera au malade d'éviter toute cause d'irritation locale (fumée de tabac, abus de la parole, absorption de vapeur ou poussières irritantes, etc., etc.

Comme traitement local, j'ai l'habitude de prescrire des pulvérisations phéniquées ou créosotées au 1/1000, d'après l'une des formules suivantes :

Acide phénique ou créosote de hêtre	6 à 8 gouttes.
Alcool pur	5 grammes.
Glycérine pure	20 grammes
Eau distillée	300 —

Pour employer avec un pulvérisateur à vapeur, matin et soir, ou même trois fois par jour, pendant une durée de 3 à 5 minutes.

L'acide phénique en pulvérisation donne surtout de bons résultats lorsqu'il y a un certain degré d'inflammation de l'organe vocal (1). S'il existe des ulcéra-

serait méconnaître la compétence de bien des auteurs assez habitués au maniement du laryngoscope et ayant déjà une pratique assez longue pour que l'on puisse avoir une confiance absolue dans la valeur de leur diagnostic. Il faut considérer en outre, qu'il ne s'agit pas d'un fait unique, mais d'observations nombreuses, et rapportées par des auteurs bien différents et tous dignes de foi.

(1) J'emploie même avec succès en général, cette pulvérisation dans quelques cas de pharyngo-laryngite chronique simple, lorsque la muqueuse est hypérémiée ou enflammée.

tions intra-laryngées (épiglotte, région aryténoïdienne), je me trouve bien de l'emploi d'un gargarisme ou plutôt d'un bain de gorge fait matin et soir, après la pulvérisation, avec une solution iodo-iodurée et laudanisée légère.

Je fais dans ces cas généralement usage de la formule suivante :

Iode métallique................	0,15 à 0,20 cent.
Iodure de potassium...........	0,25 cent.
Laudanum de Sydenham........	2 à 3 gr.
Glycérine pure................	120 grammes.

Mettre une cuillère à café de ce liquide dans un demi verre d'eau tiède pour employer en gargarisme (Bain de gorge).

En cas de douleurs les badigeonnages iodo-iodurés, et les pulvérisations bromo-morphinées donnent en général, de bons résultats.

A cette indication locale faite tous les jours par le malade, j'ajoute l'emploi de topiques appliqués une ou deux fois par semaine sur la partie atteinte du larynx à l'aide du porte-ouate, ou porte-éponge laryngien.

Je dois dire d'abord que, d'une manière générale, et cela à l'exemple de beaucoup de mes confrères, je proscris d'une manière absolue l'emploi de caustiques (nitrate d'argent, acide chromique, en solutions concentrées, ces topiques m'ayant toujours paru activer le mal plutôt que de l'enrayer.)

Dans les ulcérations chroniques de la muqueuse laryngée, je donne la préférence aux solutions iodo-iodurées, laudanisées légères, aux solutions d'acide phénique ou de créosote dissous dans la glycérine neutre. Au contraire, lorsque les ulcérations sont vastes et accompagnées de gonflement inflammatoire, de phénomènes douloureux (dysphagie), je remplace ces topiques par des solutions de clorhydrate de morphine et de glycérine (1/50 ou 1/80), qui calment rapidement les douleurs si elles sont bien employées.

Je ne parle pas de l'iodoforme, qui n'offre, à mon avis, aucune espèce davantage sur les médications que je viens de signaler, mais qui a plusieurs inconvénients. Je ne parlerai pas de la possibilité de produire une intoxica-

tion, car je crois le fait rapporté par Kœnig absolument exceptionnel (1).

Je me bornerai à faire observer que l'iodoforme pour être employé en solution, doit être dissous dans l'éther, et l'on doit comprendre combien est douloureux et pénible pour le malade, un attouchement fait avec une solution éthérée. De plus, l'iodoforme employé soit en solution, soit en poudre, a toujours une odeur tellement désagréable et même tellement repoussante pour bien des malades, que la plupart, après avoir été soigné par ce procédé, ne peuvent prendre aucune nourriture, de telle sorte, qu'en définitive si le larynx semble s'améliorer, l'état général devient plus mauvais et le dénouement fatal n'en arrive pas moins.

Enfin, il me reste à parler de la trachéotomie, que quelques rares auteurs (Beverley Robinson), ont voulu ériger en mode de traitement, je ne rejetterai point l'opération d'une manière absolue, puisque sur le cas relaté un peu plus haut elle m'a été d'une grande utilité pour empêcher d'abord le malade de succomber, et ensuite pour aider à la guérison du mal, mais je crois que l'on ne devra l'appliquer que dans les cas analogues au mien, c'est-à-dire lorsque l'asphyxie deviendra tellement menaçante, qu'elle forcera le médecin à courir au plus pressé et à sauver d'abord l'existence menacée à courte échéance.

Tels sont, en peu de mots, les règles générales de con duite qui me semblent rationnelles pour combattre une affection dont tout le monde connait la gravité.

D[r] E. J. Moure.

(1) Cet auteur cité par Rossbach (*Berlin. Klin. Woch*, 1882, n° 2, p. 28), dit avoir observé un cas d'intoxication après l'application d'un gramme d'iodoforme (*Centrabl. f. chir.*, n°s 7 et 8, 1882).

Tuberculose laryngée, nécrose et expulsion d'un cartilage aryténoïde, exostose du cricoïde ayant formé une épine osseuse et perforé l'œsophage.

Par M. Dignat, interne à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Dans la séance de la Société d'anatomie de Bordeaux, du 17 avril 1883, nous présentions les pièces d'un malade

que nous avions observé assez soigneusement dans le service de M. le docteur Mandillon, à l'hôpital Saint André. L'étendue des lésions et la rareté de quelques unes d'entr'elles, nous ont semblé offrir assez d'intérêt pour mériter la publication. Nous allons d'abord exposer les détails de l'observation : (1).

Delhoume (Martial), maçon, actuellement âgé de quarante-trois ans, originaire de la Haute-Vienne, sans antécédents héréditaires, a joui, jusqu'en l'année 1877, d'une excellente santé. A cette époque, il eût, ainsi qu'il le raconte « un rhume négligé », à la suite duquel persista une toux opiniâtre, en même temps que survinrent quelques hémoptysies légères qui se reproduisirent plusieurs fois pendant une période de deux ou trois mois. Au bout de ce temps, les crachements de sang cessèrent et firent place à d'autres accidents du côté de l'appareil digestif, tels que diarrhée et constipation se succédant tour à tour, à des intervalles irréguliers. Néanmoins, le malade put continuer son travail comme d'habitude, et cet état s'étant spontanément modifié, Delhoume se trouva très bien portant dans la suite.

Vers le mois de décembre de l'année 1881, il se sentit devenir faible, en même temps qu'il constatait chez lui un amaigrissement très notable. En outre, il recommença à tousser et ressentit quelques douleurs au niveau des clavicules et des épaules, surtout du côté gauche. Quoiqu'il eût fréquemment des crachements, jamais, à cette époque, il ne remarqua de sang dans ses crachats. Cet état de faiblesse extrême l'obligea à garder le lit pendant quelque temps.

Au mois de mars de l'année suivante, il ressentit, pour la première fois, quelques picotements à la gorge. Ces picotements étaient plus intenses lorsqu'il toussait. De plus, la tonalité de sa voix baissa, et dès ce moment, celle-ci resta constamment eurouée. Le malade eut alors recours à des gargarismes, mais sans aucun succès, car l'état de son larynx, loin de s'améliorer, ne fit que s'aggraver de jour en jour, jusqu'à ces derniers temps, où les douleurs devinrent telles que la toux était très pénible pour Delhoume. Il y eut en outre désormais un peu de gêne respiratoire.

L'état général devenant plus mauvais, le malade entra, le

(1) Voir *Bull. de la Soc. d'anat. et de phys. norm. et path. de Bordeaux.*

29 janvier 1883, à l'hôpital Saint-André, salle 19, lit 10, (service de M. Mandillon), où nous l'avons observé depuis.

Etat actuel. — Maigreur considérable du corps. Les cuisses du malade sont aussi grêles que les bras d'un homme de constitution ordinaire. Poitrine rétrécie ; relief des côtés très-marqué. Saillie considérable des clavicules. Les omoplates se dessinent très-nettement sous la peau. Le visage est pâle. Ce qui, en outre, frappe surtout chez notre malade, à la simple inspection, c'est un bruit laryngien assez net qui se produit à chaque mouvement respiratoire, et une raucité considérable de la voix toutes les fois qu'il parle.

La percussion révèle une submatité générale du côté gauche du thorax. Du côté droit, la submatité existe seulement dans la moitié supérieure : au-dessous, sonorité presque normale.

A l'auscultation, on entend dans toute l'étendue du poumon gauche des craquements humides avec râles et bruits de gargouillement. Au poumon droit, dans sa moitié supérieure spécialement et surtout vers le sommet, on perçoit quelques craquements. Dans tout le reste de ce poumon, diminution du murmure vésiculaire, respiration puérile, et expiration prolongée.

La température est normale.

Le cœur est sain.

Pouls petit, mais régulier.

Le malade tousse fréquemment, et la toux provoque des douleurs très vives au niveau du larynx. Expectoration assez abondante. Les crachats sont blanchâtres, semi-visqueux, légèrement purulents, et parfois striés de sang.

Delhoume ne paraît pas avoir de fièvre ; il se plaint d'avoir chaque soir des sueurs abondantes.

L'appétit est assez mauvais. Malgré les douleurs qu'occasionne la déglutition des aliments solides, il peut encore manger. Cependant, le malade a une préférence marquée, par suite de la sensibilité extrême du larynx, pour les aliments semi-liquides. Rien de spécial du côté des autres appareils. Comme traitement, on prescrit : potion calmante, toniques, et de plus, gargarisme et collutoire.

L'état du malade ne varie pas sensiblement jusqu'au 10 février. Ce jour-là Delhoume souffre beaucoup du larynx. Il

déclare en outre ne pouvoir se gargariser, ni badigeonner l'arrière-gorge, avec le collutoire à cause des douleurs que provoquent ces manœuvres. On lui fait dans la journée deux injections de morphine.

Le 13 février, il a une hémoptysie abondante. La sensibilité de la gorge est telle qu'il n'avale plus d'aliments solides, ni ce jour-là, ni les jours suivants. Delhomme se nourrit exclusivement de bouillon et de lait. Les injections sous-cutanées de morphine sont faites au niveau de la région sous-hyoïdienne, sans que le malade éprouve par ce fait, plus de soulagement.

Le 2 mars, le malade ne peut plus avaler ni bouillon ni lait. De même le lendemain.

Le 4 mars, nous avons recours au cathétérisme de l'œsophage. Nous essayons à trois heures d'introduire la sonde, mais sans y réussir. La sonde, enfoncée de quelques centimètres dans l'œsophage provoquait des accès de suffocation tels que nous nous hâtons de la retirer. Quelques minutes après cette nouvelle tentative nous faisons un nouvel essai : mêmes difficultés par suite de la suffocation.

En outre, nous sentons, à un moment donné, que la sonde est resserrée par des contractions spasmodiques du conduit œsophagien, suffisantes pour l'empêcher de pénétrer plus profondément. Nous éprouvons même une certaine résistance lorsque nous le retirons. Ayant renoncé au cathétérisme, on prescrit des lavements alimentaires.

A la visite du lendemain, notre chef, M. Mandillon, essaie, à son tour, d'enfoncer la sonde. Une première tentative échoue. A la seconde, l'instrument pénètre à fond, mais un nouvel accès de suffocation étant survenu, il est retiré aussitôt, sans qu'on ait pu l'utiliser pour alimenter le malade. On s'en tient désormais à deux lavements alimentaires par jour.

Delhoume reste ainsi pendant cinq ou six jours, sans pouvoir rien avaler. Il est presque complètement aphone. Au bout de ce temps, il parvient à avaler quelques gorgées de lait et de bouillon. Malgré tout, on lui administre toujours ses lavements.

Cet état se prolonge jusqu'au 2 avril, où le malade a une nouvelle hémoptysie très abondante dans la nuit. Les douleurs de gorge, continues et très intenses, s'exagèrent encore dans des accès atroces, qui se renouvellent fréquemment et que

rien ne peut calmer. En dehors de ces crises, Delhonme reste dans un état somnolent; il lui est de nouveau impossible d'avaler quoi que ce soit (1). Il reste ainsi jusqu'au 10 avril.

Ce jour-là, surviennent une diarrhée abondante et des sueurs considérables. En outre, dyspnée très grande. Le malade est complètement aphone.

Le 11 avril, même état.

Le 12, le pouls est très petit; les extrémités sont froides et la peau couverte de sueurs. Le malade est dans une torpeur profonde. Au lieu d'injection de morphine, nous pratiquons deux injections sous-cutanées d'éther.

Le 13, même état : ce jour-là également, deux injections d'éther. Le malade meurt à sept heures du soir.

(L'examen laryngoscopique n'a jamais été pratiqué.)

Autopsie. — *Poumons.* Le poumon gauche est criblé, dans toute son étendue, de tubercules en dégénérescence caséeuse, dont les dimensions sont, en moyenne, de 3 à 4 millimètres de diamètre. On trouve, en outre, au sommet de ce même poumon, une grosse caverne, ayant à peu près le volume d'un œuf de poule.

Le poumon droit a ses deux lobes supérieurs criblés, comme celui du côté opposé, de tubercules de même aspect et de même dimension. Au sommet, on trouve un foyer gangréneux dont le volume peut être comparé à celui d'une grosse noix. Le lobe inférieur contient très peu de tubercules : il est le siège d'une congestion très forte; mais se laisse encore pénétrer par l'air.

Cœur. — Petit, feuille-morte. Pas d'insuffisance valvulaire, soit aux orifices artériels, soit aux orifices auriculo-ventriculaires.

Foie. — Volume à peu près normal; un peu congestionné.

Reins. — Normaux.

Larynx. — Le larynx est enlevé avec la langue et l'œsophage. A sa *surface externe*, on constate des ulcérations nombreuses sur les replis glosso-épiglottiques qui sont un

(1) La dysphagie que présente ce malade paraît due simplement aux douleurs que provoquent les mouvements de déglutition, douleurs analogues à celles que produisent chez lui les efforts de toux, et non, comme on pourrait le supposer, à des accès de suffocation qui surviendraient au même moment. Ces accès de suffocation n'ont pas été observés chez Delhoume en dehors des moments où le cathétérisme œsophagien fut pratiqué. Jamais, en effet, tant qu'il a pu avaler des aliments, soit solides, soit liquides, nous n'avons constaté de suffocation, pas même dans les derniers jours, quand il pouvait avaler encore, quoique très péniblement, quelques gorgées de liquide.

peu œdématiés. La face postérieure de l'épiglotte est le siège elle-même d'ulcérations superficielles n'ayant pas mis à nu le cartilage. Cet opercule n'est pas très œdématié.

L'œsophage étant ouvert par une incision parallèle à son axe de sa paroi postérieure, on constate une perforation de la paroi antérieure de cet organe. La partie perforée est arrondie ; ses dimensions sont à peu près égales à un 1/2 centimètre de diamètre. Les bords sont nets, non déchiquetés, et la muqueuse, à son voisinage, est rouge violacée. Par cette ulcération, sort dans la cavité de l'œsophage une pointe osseuse, ressemblant à une canine de chien, tant par sa forme que par sa couleur. *(Voir fig. 1.)*

Le thyroïde est en partie ossifié, sur ses portions latérales. Le cricoïde paraît être sain dans ses deux tiers inférieurs.

Surface interne. — Le larynx étant ouvert dans le sens de sa longueur, on constate l'état suivant : *(Voir fig. 2.)*

Toute la face médiane et laryngée de l'épiglotte est saine. Sur ses parties latérales, et au niveau de la base, existent des ulcérations qui se prolongent jusque sur la face interne des replis aryténo-épiglottiques. Ces derniers sont le siége d'un gonflement œdémateux considérable, et sont hérissés de petites saillies verruqueuses.

La bande ventriculaire gauche est tuméfiée, bourgeonnante, et au-dessous de cette dernière, dans le ventricule de Morgagni, existe une vaste ulcération très profonde, ayant mis à nu le cartilage thyroïde dans sa partie antérieure, au niveau de l'insertion de la corde vocale qui a en grande partie disparu. Une véritable cavité remplie de pus, au moment de l'ouverture du larynx, est creusée à ce niveau dans l'épaisseur de la muqueuse et du thyroïde.

Le cartilage aryténoïde de ce côté a complètement disparu, et au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne se trouve une cavité également remplie de pus, ainsi que de fragments venant en partie de la base de l'aryténoïde, en partie de la face supérieure du cricoïde, qui est ossifié à ce niveau.

Du côté droit, la bande ventriculaire est très légèrement œdématiée ; le ventricule de Morgagni est assez net, et la corde vocale inférieure de ce côté, légèrement tuméfiée, est détruite dans son tiers postérieur. Au niveau de la partie postérieure du larynx, et au point où finit le repli ary-épi-

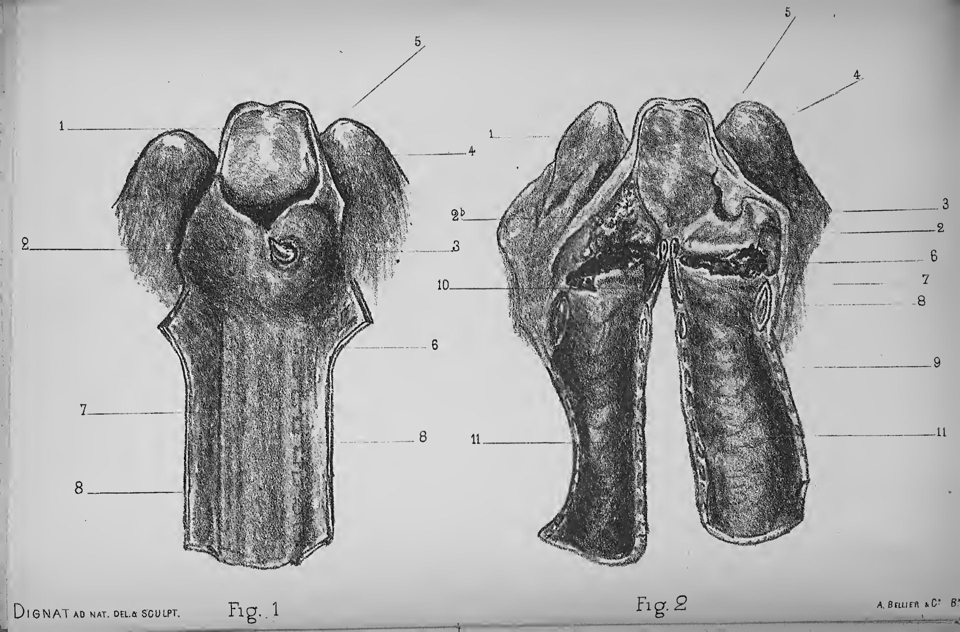


Fig. 1

Fig. 2

DIGNAT AD NAT. DEL. & SCULPT.

A. BELLIER & Cᵉ Bˣ

glottique de ce côté, existe une ulcération à bords anfractueux, recouvrant toute la face interne du cartilage aryténoïde qui est ossifié et en partie nécrosé.

L'articulation crico-aryténoïdienne du côté droit paraît saine.

Plus en arrière, et au-dessous, sur la face supérieure du cricoïde qui est ossifié à ce niveau, se trouve une véritable exostose en partie nécrosée, ayant absolument la forme du crochet de chien. Cette exostose perfore, comme le ferait une épine, la paroi postérieure du larynx pour venir faire saillie jusque dans l'œsophage. Elle présente une coloration jaune ambré et a le même aspect et la même consistance que l'ivoire dentaire.

La paroi postérieure du cricoïde est saine.

La muqueuse de la trachée est ulcérée, et érodée dans la plus grande partie de son étendue. Les anneaux trachéaux sont sains. *(A suivre).*

EXPLICATION DES FIGURES.

Fig. 1. — Larynx vu par sa face postérieure, l'œsophage est encore adhérent par sa paroi intérieure à la face postérieure de la trachée, il a été simplement partagé en arrière sur la ligne médiane et rabattu de chaque côté.

1 Epiglotte.
2. — Paroi postérieure du larynx correspondant au chaton du cricoïde;
3. — Exostose éburnée en forme de dent, ayant perforé la paroi œsophagienne et venant faire sa saillie dans ce conduit;
3. — Face interne et latérale du cartilage thyroïde;
5. — Sommet de la grande corne du cartilage tyroïde ;
6. — Partie postérieure des anneaux de la trachée vus par transparence à travers la paroi œsophagienne;
7. Paroi antérieure et interne de l'œsophage;
8. Paroi postéro-latérale de l'œsophage;

Fig. 2. — Larynx et trachée ouverts par leur partie postérieure.

1. Epiglotte, vue par sa face postérieure (laryngée);
2. Bande ventriculaire droite tuméfiée et ulcérée au niveau de sa paroi ventriculaire, du côté gauche;
2. *(Bis)*, elle est fongueuse et également ulcérée ;
3. Repli ary-épiglottique ;
4. Face interne et latérale du cartilage thyroïde;
5. Grande corne du cartilage thyroïde;
6. Ventricule de Morgagni ulcéré et rempli de végétations du côté gauche, et au niveau de la partie postérieure, on aperçoit une anfractuosité qui était remplie de pus.
7. Corde vocale inférieure déchiquetée au niveau de son bord supérieur et en partie détruite dans son tiers postérieur du côté gauche;
8. Chaton du cartilage cricoïde sectionné;
9. Anneaux de la trachée sectionnés;
10. Partie antérieure (angle rentrant) du cartilage thyroïde divisée verticalement ;
11. Paroi interne de la trachée.

Compte-rendu de la Société de Laryngologie d'Amérique.

Séance du 21 mai 1883.

Présidence du Dr LEFFERTS.

L'association laryngologique d'Outre-Mer a tenu sa cinquième séance le 21 mai 1883, à New-York, sous la présidence du docteur George LEFFERTS. Trente-six membres et plusieurs étrangers assistaient aux réunions du Congrès annuel.

Nouveaux faits en laryngologie (*New facts in laryngologie*). — Après avoir adressé l'allocution d'usage, le Président appelle l'attention sur une série de faits dont il rapporte deux exemples :

L'histoire clinique est habituellement la suivante : Un homme d'apparence robuste se trouvant à table est pris tout à coup d'une quinte de toux assez courte, puis tombe sans connaissance, mais aussi sans avoir de contraction musculaire. Presque aussitôt il se relève et reprend sa conversation comme s'il n'était rien arrivé. Ces attaques surviennent très rarement, mais on observe plus souvent des pertes de connaissance moins complètes et toujours accompagnées du même paroxysme de toux. D'autres fois même les attaques ne sont pas précédées d'un cri ni suivies d'absence dans les idées. Charcot a décrit ces faits sous le nom de vertige laryngien, et Gray les considère comme une manifestation particulière de l'épilepsie. D'après les deux cas observés par lui, le docteur Lefferts inclinerait à considérer ces phénomènes comme étant l'aura épileptique.

Le docteur ELSBERG, n'est point de l'avis de Charcot, ni de Gray en ce qui concerne la nature de cette affection, qu'il considère comme un spasme des muscles adducteurs du larynx auquel serait dû la courte durée de l'attaque et le salut du malade.

KNIGHT (de Boston), s'appuyant sur ce fait déjà connu qu'une série d'inspirations et d'expirations prolongées suffit pour produire la perte de connaissance, pense que l'affection

pourrait avoir sa cause dans un trouble des fonctions respiratoires.

Le docteur INGALS rapproche cette perte de connaissance de celle que l'on observe parfois dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur.

Le docteur JOHNSTON (de Baltimore) se rattache à l'opinion exprimée par les docteurs Knigth, et M. MAYOR (de Montréal), et à celle du docteur LEFFERTS.

Sur une forme commune d'impuissance vocale due à des processus pathologiques (*A common form of vocal disability resulting from pathological processes*). — Le docteur LANCMAID (de Boston), dans une communication sur ce sujet, rappelle que chez les chanteurs de profession la voix fait parfois défaut dans un point de l'échelle vocale, tandis que, au-dessous de ce dernier, elle peut être absolument normale.

Cet état est ordinairement la conséquence d'un usage excessif et prolongé de la voix, ou parfois même d'un repos trop absolu après un exercice très actif de l'organe vocal. L'examen laryngoscopique révèle un relâchement des cordes vocales et les signes habituels de la fatigue. La voix manque précisément dans le point où se font les changements de registres. L'auteur pense que cette altération de la voix est le résultat des efforts faits pour donner en voix des faussets de notes que l'on peut produire avec les tons normaux.

Le Dr SEILER (de Philadelphie), est en général de l'avis de son confrère, mais il estime que la parésie musculaire de l'organe vocal n'est pas entièrement le résultat d'un abus de la voix. Il a, dans biens des cas, constaté une difficulté à produire certains tons de la voix, puis une altération de cette dernière.

Dans la majorité des cas, il a observé une hypertrophie des amygdales, une étroitesse de l'espace naso-pharyngien et chez un malade actuellement en traitement, la voix aurait été notablement améliorée par l'ablation d'une amygdale pharyngée hypertrophiée.

Le Dr DALY (de Pittsburg), pense que l'on doit ajouter au traitement local l'emploi de médicaments stimulants, tels que l'ergot de seigle et la noix vomique.

De la destruction des polypes du nez, par l'acide chromique (*The destruction, of nasal polypi by chromic acid*), par le Dr Frank Donaldson (de Baltimore). Ce que l'on cherche, dit-il dans le traitement des polypes du nez, c'est leur extirpation rapide avec le moins de douleurs et le moins de perte de sang possible, tout en évitant la récidive de ces néoplasmes. Il rappelle alors que trois méthodes sont employées pour obtenir ce résultat, la pince, moyen le plus ancien mais aussi le plus barbare; les serres nœuds, mais il n'est pas facile, dit-il, de saisir le polype par son pédicule, et de plus ce moyen employé seul n'évite pas les récidives. Restent alors les caustiques, le galvano-cautère brulerait souvent, d'après l'auteur, les parties adjacentes; l'acide acétique en injections interstitielles a le tort, s'il vient à toucher la muqueuse, d'occasionner une vive douleur, l'agent le plus efficace est évidemment (toujours d'après l'auteur), l'acide chromique, qui, porté dans l'intérieur du polype, permet ensuite d'extraire ce dernier avec la pince, sans douleur et sans hémorrhagie. Parfois, ajoute-t-il, il survient un peu d'irritation mais une injection d'eau tiède suffit pour la calmer. Le traitement serait surtout efficace dans les cas de polypes muqueux.

Le docteur Duncan (de New-York) pense que l'on ne peut obtenir une cure radicale qu'en extirpant la partie du cornet sur laquelle est inséré le polype.

Le docteur Seiler (de Philadelphie) estime que les polypes muqueux du nez sont le résultat d'une hypertrophie limitée de la muqueuse nasale recouvrant les cornets et d'une dégénérescence myxomateuse de cette dernière. D'après lui, les escharrotiques sont plus douloureux que les anses froides que l'on peut porter jusque sur le pédicule des polypes, opérer et éviter les récidives, si l'opération est bien faite. Cet auteur croit que les récidives ne se font pas sur les mêmes pédicules, mais que, dans ces cas, il se fait une nouvelle hypertrophie et une dégénérescence de la muqueuse dans le même point où avait pris naissance le premier néoplasme.

Le docteur Daly (de Pittsburg) a employé l'acide chromique, le nitrate acide et l'acide acétique avec un égal succès, aussi est-il d'avis que la nature du caustique importe peu au point de vue du résultat.

Chorée du larynx (*Chorea laryngis*).— Le Dr KNIGHT (de Boston) appelle d'abord l'attention sur les relations qui existent entre la chorée et l'hystérie. La chorée du larynx n'est qu'une des nombreuses manifestations d'une affection générale. On a décrit trois variétés. La première, dans laquelle les muscles adducteurs du larynx et les expirateurs sont atteints, est caractérisée par une toux survenant sous forme de paroxysmes, et s'accompagnant plus ou moins d'une son vocal, le caractère aboyant ou chantant de la toux apparaît parfois subitement à certains moments de la journée. Cette forme se rencontre surtout de huit à quatorze ans.

La seconde variété comprend les cas dans lesquels les muscles du larynx, et en particulier les thyro-hyoïdiens sont seuls affectés et la troisième celle qui n'atteint que les muscles expirateurs. Dans le cours de sa communication, l'auteur rapporte un fait de chorée des muscles adducteurs du larynx sans coïncidence de trouble des muscles expirateurs et par conséquent sans efforts de toux. Dans ce cas, il existait dans la tête du malade un battement particulier que l'on pouvait entendre et qu'il comparaît au battement des deux cordes vocales entre elles. L'auteur croit cette observation unique et il insiste sur la persistance du spasme rythmique même pendant le sommeil du malade.

Le Dr C. MORGAN (de Washington), rappelle le cas d'une jeune fille de dix ans, atteinte d'un spasme chronique des muscles expirateurs chez laquelle les mouvements rythmiques cessaient pendant la nuit et qui avait presque toutes les cinq ou dix minutes, pendant le jour, des accès de toux aboyante. Après avoir employé de tous les remèdes, l'auteur obtint d'assez bons résultats, par l'emploi de la liqueur de Fowler et du monobromure de camphre.

Le Dr INGALS (de Chicago), cite un fait dans lequel existait un mouvement rythmique des muscles élévateurs du voile du palais, accompagné d'un claquement au moment de chaque contraction musculaire. Ce bruit ne venait certainement pas du larynx; l'auteur l'avait attribué au mouvement des muscles dilatateurs de la trompe d'Eustache.

Du traitement de la phthisie laryngée. — (*The Treatement of laryngeat phtisis*). Il existe, dit le Dr FLETCHER-

Ingals (de Chicago), trois indications : calmer la douleur; guérir la maladie s'il est possible de le faire, ou enfin essayer de modifier la marche du mal et de prolonger la vie du malade.

On peut calmer la douleur par des applications locales. On remplit la seconde indication en combinant le traitement local et le traitement général et la troisième, en permettant au malade d'avaler et de se soutenir. L'auteur rapporte ensuite quelques observations qui viennent à l'appui des faits qu'il vient d'avancer. Deux fois, il a pu guérir la phthisie laryngée et améliorer l'état des poumons. Le topique qu'il préfère est un mélange d'acide phénique, de morphine et de tannin. L'iodoforme lui a donné peu de résultats satisfaisants.

De la guérison des ulcères dans la tuberculose laryngée. (*The haling of ulceres in laryngeal phtisis*). — Comme complément à la communication précédent le docteur William, C. Jarvis (de New-York) vient appuyer les idées de son confrère.

Après avoir rappelé l'incrédulité de la plupart des médecins en ce qui concerne la guérison des ulcères tuberculeux, l'auteur rapporte un fait bien net de guérison de phthisie laryngée, avec altération concomitante des organes thoraciques.

L'auteur a surtout employé dans le traitement de l'affection des moyens doux et le malade n'a gardé de cette affection qu'une destruction de l'un des rubans vocaux.

M. Jarvis suppose que l'ulcération première peut être le résultat d'une violente quinte de toux, atteignant des tissus friables et tuméfiés. Il pense, en outre, que les ulcérations étendues et atteignant les tissus compactes du larynx, sont incurables.

Le docteur Johnston (de Baltimore) rapporte une observation de tuberculose laryngée qu'il a eu l'occasion d'observer à son début et dont le diagnostic fut confirmé par le docteur Morell-Mackensie durant son dernier séjour dans le pays. L'ulcération traitée par des inhalations très légèrement astringentes faites deux fois par jour avec un pulvérisateur à vapeur, a parfaitement guéri après un mois de traitement.

Le docteur Donaldson pense que l'on peut améliorer notablement l'affection non-seulement à l'aide de pulvérisations

antiseptiques et d'application d'ioforme, mais aussi en soutenant le malade avec la sonde œsophagienne, lorsque ce dernier ne peut plus avaler.

Le docteur Bosworth (de New-York) rappelle la confusion qui existe encore dans le diagnostic de l'ulcération tuberculeuse. Cet auteur croit que l'on ne doit considérer comme étant de cette nature que les ulcérations entourées d'un gonflement inflammatoire tout particulier et siégeant habituellement sur les cartilages aryténoïdes, et les bandes ventriculaires, rarement les cordes vocales, et encore moins souvent sur l'épiglotte. Lui aussi a guéri des tuberculoses laryngées, par le traitement signalé par M. Jarvis.

Le docteur Solis-Cohen (de Philadelphie), fait observer et avec juste raison, à notre avis, que la tuberculose laryngée guérit quelquefois, mais qu'il est impossible de dire à l'avance dans quels cas l'affection sera susceptible de guérir.

Le docteur Knight, croit également à la guérison de cette maladie mais, il souhaiterait voir discuter l'influence des climats, sur les lésions de cette nature.

D'après le docteur Asch (de New-York), dans tous les cas de phthisie laryngée guéris et sous l'influence d'un traitement, il a toujours reconnu chez des malades l'existence d'ulcérations ayant l'aspect syphilitique.

Le docteur Lincoln (de New-York) recommande l'iodoforme dans le traitement de la tuberculose laryngée, au moment où apparaissent les ulcérations.

Paralysie des muscles constricteurs du pharynx simulant un rétrécissement spasmodique de l'œsophage. — Observations. (*Parésis of the constrictors muscles of the pharynx simulating spasmodic stricture of the œsophagus, with report of cases*). — Le docteur Bosworth, rapporte cinq observations de paralysie, qu'il considère comme d'origine myopathique. — Cet auteur considère l'affection comme étant d'origine musculaire, rappelant cette loi bien connue que tout muscle surmené a une tendance à ne plus fonctionner, et cette tendance est surtout bien marquée lorsque le muscle est situé au-dessous d'une muqueuse enflammée. M. Bosworth signale alors la facilité avec laquelle

certains muscles du larynx deviennent le siège de paralysie d'origine myopathique.

Tous ses malades, sauf un, ont guéri à l'aide du repos, de la strychnine et des bains d'eau salée.

Le docteur SOLIS-COHEN regarde ces faits comme étant de nature essentiellement hystérique. Il a obtenu quelques succès, en plaçant une garde qui oblige les malades à avaler.

Le docteur LANGMAID a employé, dans ces cas, la dilatation de l'œsophage, à l'aide de bougies graduées.

Dans des cas analogues, le docteur KNIGHT a constaté la persistance de la contractilité musculaire, sous l'influence de l'électricité. La difficulté de la déglutition serait dûe, selon lui, à l'hypéresthésie pharyngienne et le procédé signalé par le docteur Langmaïd lui a donné d'excellents résultats.

Le docteur BOSWORTH, pense que l'on peut exclure l'hystérie parce qu'il existe, dans ces cas, une indolence musculaire incontestable et une anesthésie qu'il est facile de reconnaître avec la sonde. *(A suivre)*.

Revue de la Presse

Observation d'un cas de fracture du rocher. — Discussion du diagnostic, par le Dr JACQUEMART. — M. le docteur D..., le malade dont il s'agit, raconte ainsi son histoire. Chute de voiture sur la tête portant sur tout le côté gauche sur le sol durci, hémorrhagie immédiate par le conduit auditif et perte de connaissance pendant une demi heure ; consécutivement respiration stertoreuse et vomissements bilieux ; amélioration progressive avec une légère surexcitation, aphasie partielle, c'est-à-dire, tenant aux mouvements de la langue et non à la mémoire. L'ouïe n'a pas cessé d'être conservée, au contraire M. D... constate de l'hyperacousie.

Dix-huit mois après l'accident, perception d'un souffle saccadé dans l'oreille gauche.

C'est alors qu'il consulte le docteur Jacquemart qui constate de la déviation de la face à gauche et conseille la compression digitale sur le point où le battement se faisait sentir. M. D... revient et déclare que la compression n'a fait que déplacer à droite le souffle ; le sulfate de quinine, dont il a

essayé l'emploi n'a rien produit; le valérianate en revanche lui a donné un bon résultat.

Le docteur Jacquemart procède à un nouvel examen. Il constate que le manche du marteau et la membrane du tympan sont intacts sauf deux points nébuleux comme formés de tissu fibreux renforcé; que l'audition est intacte, les traits déviés à gauche, l'élocution lente bien que l'intelligence demeure aussi vive que par le passé; que sous le doigt il existe sur l'apophyse mastoïde un battement artériel isochrone au pouls que le stétoscope permet de percevoir. M. le docteur Maris, présent à la consultation, fait remarquer en outre, que M. D... est atteint de goître exophtalmique.

M. Jacquemart discute comme il suit le diagnostic de la lésion dont nous venons de donner l'historique.

Les troubles respiratoires et les vomissements peuvent être attribués soit à une lésion du plexus tympanique formé par les filets du pneumo-gastrique et du grand sympathique, soit simplement par la commotion cérébrale. La blessure du tympan a pu être produite par le refoulement de l'air, l'oreille ayant porté bien à plat sur le sol, mais il paraît plus vrai de l'attribuer à une fracture du rocher passant par le cadre tympanique et intéressant la membrane, car, de la sorte, on explique les troubles fonctionnels se rattachant au facial à savoir la déviation de la face qu'on ne peut songer à mettre sous la dépendance d'une lésion du centre nerveux, origine de ce nerf; car les effets, dans ce dernier cas, sont croisés et chez le malade les troubles dépendant du facial ont eu lieu du côté de l'oreille blessée.

La paresse et la lenteur de la langue s'expliqueraient à l'aide des relations qui existent entre le nerf facial et les mouvements de la langue : 1° par la corde du tympan ; 2° par les filets styloglosse et glosso-staphylin. Ceux-ci auraient perdu leur puissance en partie du moins et, si la langue ne fut pas déviée, c'est parce que son nerf moteur principal, le grand hypoglosse, était intact et maintenait quand même l'organe dans sa direction. M. Jacquemart croit, entre parenthèses, qu'on serait fondé à conclure de cette lésion de la corde du tympan que celle-ci est un nerf moteur, selon l'avis de Cruveilhier. Il conclut : qu'il y eut fracture du rocher, mais fracture incomplète, et qu'elle siégea sous forme d'une fente sur la partie externe du rocher, vers l'union de l'apo-

physe mastoïde au corps de l'os, comprenant l'os mastoïdien jusqu'au canal du facial au moins, en arrière, tandis qu'elle s'étendait en avant sur tout le travers du conduit auditif, déchirant ainsi la membrane du tympan par son travers, sens dans lequel les cicatrices ont été constatées, et venant peut-être jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire que nous voyons avoir été douloureuse à un certain moment. La fracture ne détermina aucun ébranlement, ni déplacement sur les osselets, car il n'a été constaté aucun degré de surdité. L'hémorrhagie a été produite par la déchirure d'un des vaisseaux du tympan, peut-être l'artère ou la veine tympanique qui longent le manche du marteau. L'apparition du souffle artériel doit être attribuée au goître exophtalmique constaté chez M. D... (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, mars 1883, nº 1).

J. L.

Maladie aiguë de Ménière, par otite aiguë catarrhale, par le docteur E. Bouchut. — Jusqu'ici, on n'a observé les vertiges, les pertes de connaissance, les attaques épileptiformes, et tout l'ensemble des phénomènes nerveux réflexes qui caractérisent la maladie de Ménière que chez des sujets ayant l'otorrhée chronique. C'est là la règle, dit l'auteur, mais je viens d'observer chez un enfant dont je connais la famille et que j'ai eu occasion de voir plusieurs fois dans quelques-unes de ses maladies, un cas d'otite aiguë avec vertiges bien caractérisés et perte de connaissance passagère. C'est un fait qui mérite d'être publié.

Cet enfant, garçon de sept ans, fut pris, à la suite d'un léger refroidissement, d'une angine catarrhale sans exsudation avec fièvre. Au bout de quarante-huit heures, il ressentit de vives douleurs dans l'oreille gauche. Cette partie était très sensible au toucher, sur l'apophyse mastoïde, derrière le condyle de la mâchoire et sur le cartilage préauriculaire. Il y avait en même temps de vives douleurs de tête, des vomissements continuels et une forte fièvre.

Le lendemain, il sortit par le conduit auditif une goutte de pus qui tacha l'oreiller, et je pus en enlever un peu avec le cure-oreille.

Les vomissements, la fièvre et les douleurs continuèrent les jours suivants, mais il y eut ceci de particulier, que si l'enfant s'asseyait dans son lit, la tête lui tournait et il per-

dait un instant connaissance. Cela durait quelques secondes, et comme il s'étendait aussitôt sur l'oreiller, on ne sait jusqu'où cela aurait pu aller.

Trois jours durant, il y eut ainsi avec la douleur d'oreille et la fièvre, des vomissements, des vertiges et imminence de syncope. Puis le conduit auditif jeta quelques gouttes de sérosité purulente. On en retirait un peu de pus crémeux avec l'anse d'une épingle à cheveux, et enfin, il se fit par la narine gauche seulement un jetage de matière purulente épaisse.

Au dixième jour, la fièvre tomba ainsi que les douleurs; les vomissements avaient cessé, et il n'y avait plus ni vertiges, ni tendance à la syncope.

L'enfant put alors se lever et manger. Je le fis sortir, mais sans être guéri.

Il continue à moucher du muco-pus par la narine gauche, l'autre restant sèche, et l'oreille coule assez fortement. Cet état d'otorrhée a persisté trois semaines et a guéri (*Paris méd.*, 21 juillet 1883).

Du traitement des polypes de l'oreille. — Le docteur KNAPP jugeant, par analogie, de l'accroissement des granulations qui se produisent dans les lambeaux de tendons après l'opération de la strabotomie, pense que les polypes de l'oreille se pédiculisent peu à peu à mesure qu'ils se développent; de telle sorte que l'ablation des grosses tumeurs est plus facile et plus satisfaisante, au point de vue du résultat, que celle des petites granulations à larges bases. Il préconise l'avulsion avec les pinces, mais il n'enlève pas avant que le pédicule soit formé. Il emploie, de préférence, les pinces d'Hinton, les serre-nœuds de Wilde ou de Black, le polypotome de Politzer ou la cuillère de Wolf.

Il traite les petits polypes ou les pédicules, par l'alcool et l'acide borique. (*London med. Rec.*, 15 avril 1883).

Sortie d'un lombric par le conduit auditif d'un enfant. — Dans une commune du canton de Bourg-Argental (Loire), j'ai observé, pendant le premier trimestre de 1883, dit le docteur P. DAGAND, une épidémie de rougeole au cours de laquelle s'est rencontrée une complication constante : la présence d'une quantité considérable de lombrics dans les voies digestives, expulsés par en haut et par en bas, au nombre d'une cinquantaine quelquefois. L'un de ces vers intestinaux avait même pris un chemin peu usité pour sortir. Voici le fait :

On vint me chercher à la hâte, il y a deux mois, pour un enfant de sept ans, atteint de rougeole et de pneumonie morbileuse consécutive qui, me dit le père, avait un ver qui sortait par l'oreille droite. Quand j'arrivai auprès du petit malade qui, depuis deux jours, se plaignait de douleurs d'oreille violentes, je pus constater la présence dans le conduit auditif externe droit d'un tronçon de lombric de 1 millim. 1/2 à 2 millimètres de diamètre. On en avait déjà arraché un morceau de 5 centimètres de long avant mon arrivée. Je parvins à faire sortir le reste. Le lombric complet alors était d'une longueur de 12 centimètres environ. L'enfant avait rendu par la bouche les jours précédents cinq ou six lombrics légèrement plus volumineux que celui sorti par l'oreille. Ce dernier avait absolument l'air d'avoir été passé à la filière.

Le ver, monté probablement par la trompe d'Eustache, a perforé la membrane du tympan.

L'enfant que j'ai revu une quinzaine de jours après parfaitement guéri n'a qu'une faible diminution de l'ouïe du côté droit. Pas de communication perceptible en faisant boucher le nez et souffler très fort. L'otorrhée qui a existé pendant quelques jours après la sortie du lombric a disparu.

M. Championnière fait remarquer que cette observation est rare et intéressante, mais non sans précédents. Dans son article Lombric du *Dictionnaire des sciences médicales*, Davaine rapporte que Winslow avait observé un lombric qui s'était introduit dans la trompe d'Eustache. En disséquant le cadavre d'une petite fille, il trouva le ver dont une extrémité était dans le pharynx et l'autre était engagée entre les osselets de l'ouïe. Bruneau, médecin à Amboise, rapporte un autre fait dont le sujet était une jeune femme; il parvint à retirer le ver tout entier par le conduit auditif externe.

On trouve encore, d'après lui, d'autres localisations curieuses. Rodriguez et Vrayet donnent deux observations de lombrics extraits par le grand angle de l'œil. A propos de ces faits il est bon de rappeler qu'on ne doit pas confondre les lombrics migrateurs avec les larves d'insectes qui ont été trouvées quelquefois sous les paupières, dans les sinus frontaux, dans l'oreille et les narines, et qu'on avait pu prendre pour des entozoaires. *(Paris méd. 21 Juillet 1883.)*

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.